Die Leib-Seelische Artung der Eunuchoiden

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Heinrich Zahler

aus Ingolstadt

Tag der Promotion: 3. 12. 1928

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Keibel

Referenten: Prof. Dr. Zondek
Prof. Dr. His

I.

Der Gegenstand der Medizin als philosophischer Wissenschaft ist der menschliche Organismus als morphologische und funktionelle Einheit; ein spezieller Fall dieser Aufgabe ist seine Fassung als Leib-Seele-Problem.

Seit Wernicke war es das Streben der psychiatrischen Forschung, diesem Problem auf dem Wege der Analyse beizukommen. Es war der Versuch, seelische Vorgänge bestimmter Art auf organische Veränderungen des nervösen Zentralorgans zurückzuführen, mit dem Ziele, krankhafte seelische Vorgänge als die Folge bestimmter Veränderungen der Nervensubstanz und im weiteren Verfolg dieses Weges, jede seelische Aeußerung als Funktion eines bestimmten Teiles des Zentral-Nervensystems festzustellen. Diese Hoffnungen haben sich nicht erfüllt. Wo bestimmte Wechselbeziehungen sich feststellen ließen, handelte es sich um subpsychiche Vorgänge. Darüber hinaus ließ sich erkennen, daß bestimmten neurologischen Komplexen bestimmte psychiatrische Krankheitsbilder entsprechen. Deren Inhalt und Färbung ist nach wie vor ein von aller Neurologie unabhängiges Gebiet der Psychiatrie geblieben, wie die Erforschung der Gesetze normalpsychologischer Vorgänge das der Psychologie.

Eine zeitweilige Abkehr von diesem Wege extremer Analyse haben die großen Ergebnisse, die die Forschung auf dem Gebiet der inneren Sekretion gebracht hat, gezeitigt. Es unterliegt auch keinem Zweifel, daß das endokrine Drüsensystem für die komplexen Beziehungen zwischen Soma und Psyche von Bedeutung ist. Es ist für das Seelenleben eines Menschen, für das Gewicht seiner Erlebnisse, für seine Gedanken, Gefühle und Stimmungen nicht gleichgültig, ob er z. B. an einem Basedow oder an Mixödem leidet. Insbesonders die eindeutigen Erfolge, die die Organbehandlung des Mixödems gebracht hat, veranlaßten eine Wechselwirkung direkter Art anzunehmen. In den

letzten Konsequenzen würde diese Hypothese auf eine somatisch fundierte Psychologie hinauslaufen. Aber so groß die Wirkung der speziellen Blutdrüsenformel auf den Habitus des Körpers und auf den der Psyche, insbesondere des Anteils, den wir Temperament nennen, ist, eine direkte Wechselwirkung wird gerade von den erfolgreichsten Arbeitern auf dem Gebiet der inneren Sekretion abgelehnt. So bestreitet als maßgebendster Autor auf diesem Gebiete H. Zondek jede direkte Wechselbeziehung zwischen einzelnen endokrinen Organen und einem dazugehörigen psychischen Ablauf. Auch die psychiatrische Erfahrung spricht dagegen. Gerade auf dem Gebiete der Anomalien des Temperaments, die man doch geneigt ist, bestimmten endokrinen Erkrankungen zuzuordnen, hat Kretschmer festgestellt, daß dieselben affektiven Störungen auch nach reinen, unkomplizierten Hirnschädigungen auftreten.

Auf die übertriebene Bewertung der Analyse durch eine vorwiegend mechanistisch eingestellte Medizin erlebten wir in den letzten Jahren eine Entwicklung, die durch eine deutliche Tendenz zur Totalisierung sich auszeichnet. Demgemäß folgte auch auf diesem Gebiet der Versuch zur Erfassung von Ganzheiten, der Weg der Synthese. Markstein dieses Weges ist die moderne Konstitutionsforschung mit ihrer Erkenntnis, daß ein integrierender Bestandteil dessen, was wir Konstitution nennen, sich auf seelische Qualitäten erstreckt. Diese wissenschaftliche Erfassung der menschlichen Gesamtpersönlichkeit führte zur Aufstellung bestimmter Konstitutionstypen, denen bestimmte Reaktionsweisen in seelischer Beziehung eignen. Es ist dies die Problemstellung, die heute unter dem Schlagwort „Körperbau und Charakter" geläufig ist. Kretschmer war es, der gezeigt hat, daß bestimmte Körperbautypen zu den beiden großen Psychosengruppen eine gewisse Affinität zeigen und, daß wiederum dieselben Körperbautypen im Bereich des Normalen eine Zweiteilung in die Gruppe der cyclothymen und schizothymen Persönlichkeiten gestatten. Aber gerade das kennzeichnet diese Untersuchungen, daß sie betonen, daß nur das gesamte Bild des körperlichen einer bestimmten psychischen Artung entspricht und auch dann nur für die Schnittlinie, die zum Zwecke der Untersuchung durch die Gesamtpersönlichkeit gelegt ist. Man

spricht von Körperbau und Charakter und versteht unter letzterem die Reaktionsmöglichkeiten eines Menschen, nicht nur die durch die Erbmasse bedingten, sondern auch diejenigen, die aus exogenen Einflüssen, wie körperlichen Faktoren und Erziehung, Milieu und Erlebnisspuren, bestehen. Gerade diese Auffassung gestattet es aber nur, als Resultat dieser Untersuchungen anzuerkennen, daß allein über Färbung und Intensität der affektiven Vorgänge, kurz über das, was man Temperament nennt, etwas ausgesagt ist.

Aehnliche Betrachtungen wie Kretschmer haben französische Forscher angestellt und dabei von vornherein auf eine Totalitätsbetrachtung insofern verzichtet, als sie dem vegetativ-nervösen Habitus einen bestimmten psychischen gegenüberstellten. Es erhebt sich hier die Frage, ob eine kollektive Totalitätsbetrachtung die einzig mögliche ist. Friedrich Kraus sagt hierüber: „Das originäre Ganze ist im Genotypus vorgebildet. Der individuelle Gesamtorganismus des Erwachsenen stellt eine Vitalreihe dar, d. h. eine funktionelle Einheit, deren Funktionen in keinem „Ort" des Körpers lokalisiert sind, sondern am Ganzen haften. Bei fortgeschrittener Differenzierung gewinnen aber die Organe und Organsysteme des Körpers eine gewisse, oft sehr weitgehende Selbständigkeit, und es ist eine durchaus legitime Betrachtungsart, sich nur an einzelne Vitalreihen zu halten und zu versuchen, ihr Leben aus sich heraus als autonom zu verstehen. Das Einhalten einer mittleren Linie zwischen dieser distributiven und kollektiven Betrachtung des Organismus ist eine Aufgabe für sich." Eine Anerkennung dieser Auffassung schließt keinen Verzicht in sich, dem Problem Soma-Psyche weiterhin näher zu kommen. Es besteht nach wie vor die Frage nach den materiellen Grundlagen, die den seelischen Erscheinungen zugeordnet sind, auch wenn man gewillt ist, den psychologischen Forderungen Rechnung zu tragen, wo immer ein psychogener Mechanismus in Frage kommt. Kraus selber, der in seiner Tiefenperson das Wesen aller Lebenserscheinungen und den Kern der Persönlichkeit auf e i n e organisch-biologische Grundlage zu bringen versucht, wobei er die physikalisch-chemische Betrachtung in den Vordergrund stellt, bewertet das vegetative System als Bindeglied zwischen der Person und den

Organen. Sein Vorgehen hat die Bedeutung einer somatisch-psychischen Synthese auf dem Wege der introspektiven Zergliederung.

Eben dieser Weg ist uns im Verlauf dieser Arbeit als der einzig gangbare erschienen. Wo der Versuch, engere Beziehungen zwischen Soma und Psyche im einzelnen festzulegen, uns gelungen scheint, haben wir als Mittler nach beiden Seiten das vegetative Nervensystem gefunden.

Es wurde bereits oben angedeutet, daß eine gegenwärtig starke Strömung für viele Erscheinungen, die uns in dem Problem Leib-Seele beschäftigen, eine rein psychologische Erklärung fordert. Gerade die Wichtigkeit, die man der Frage der Psychogenese, weiter Gebiete des Charakters, beimessen muß, hat dazu geführt, schon oben an dem Satz „Körperbau und Charakter" eine gewisse Einschränkung zunächst vorzunehmen. Es erhebt sich daher weiterhin die ständige Forderung, zu trennen was psychogener Herkunft und was durch Anlage und Entwicklung der geistigen Persönlichkeit bedingt ist.

Die Aufgabe dieser Arbeit ist, zunächst festzustellen, ob der Eunuchoidismus bezw. die eunuchoide Konstitution ein einheitliches, genau abgrenzbares Krankheitsbild darstellt. Darüber hinaus besteht die Frage, inwieweit der spezielle Mechanismus der Blutdrüsenformel bei diesem Krankheitskomplex ausfindig zu machen ist und wie weit die Folgeerscheinungen des Eunuchoidismus direkte Konsequenzen des Keimdrüsenausfalls sind.

Die psychiatrische Auswertung wird festzustellen haben, ob dem Eunuchoidismus ein einheitliches psychologisches Krankheitsbild entspricht. Ist dies nicht der Fall, verbleibt uns zu klären, ob wenigstens eine Reihe seelischer Züge den Eunuchoiden gemeinsam ist und ob es möglich ist, dieselben mit dem Keimdrüsenausfall in Beziehung zu bringen, oder ob sich dieselben psychologisch durch die besondere Situation der Keimdrüsenkranken genügend erklären lassen.

Diesen Untersuchungen kommt neben dem medizinischen Interesse eine nicht unerhebliche soziale Bedeutung zu. Man hat die seelischen Wirkungen des Keimdrüsenausfalls dahin zu definieren versucht, daß allen Eunuchoiden eine mehr oder

weniger große asoziale Haltung zugesprochen werden müsse. Wäre eine solche Behauptung als richtig erweisbar, so wären von vornherein alle unsere Bemühungen zur Erziehung abartiger Charaktere belanglos. Denn sie würden dann, da ja das soziale Verhalten eines Menschen eine rein charakterologische Angelegenheit ist, wie die anderen exogenen Faktoren, bei der Charakterbildung, gegenüber den durch die Erbmasse gegebenen ohne Bedeutung sein. Gerade im Hinblick auf die in dieser Arbeit angeführten hochwertigen Eunuchoiden scheint es uns ein Gebot der Menschlcihkeit, einer Auffassung entgegenzutreten, die eine Klasse von Menschen, deren Glücksmöglichkeiten an sich beschränkt sind, ausnahmslos zu sozial minderwertigen stempelt.

II.

Wenn es überhaupt möglich ist, mittelst der Abgrenzung körperlicher Typen in die Genese seelischer Erscheinungsform einzudringen, so muß ein morphologisch so scharf umgrenztes Bild wie das des Eunuchoidismus sich dazu eignen, zumal, da bei einiger Vorsicht in der Diagnose es sich auch um ein genetisch klares Bild handelt.

Wir verstehen unter dem Eunuchoidismus die Folgen eines foetalen oder während der Pubertät sich geltend machenden Ausfalls der Geschlechtsdrüsen. Hinzugefügt sei, daß sich vorliegende Arbeit lediglich auf männliche Individuen erstreckt. Dieses an sich einfache Problem wird durch zweierlei Tatsachen kompliziert. Einerseits dürfte es nicht ohne Belang sein, wie die Artung der restlichen Konstitution ist, in der dieser Keimdrüsenausfall gesetzt wird. Es ist deshalb von vornherein zu erwarten, daß schon die körperliche Erscheinung der Eunuchoiden gewisse Variationen aufweisen wird. Ein Sonderfall dieser Einschränkung ist die Tatsache, daß keine endokrine Drüse ihre Wirksamkeit für sich allein entfaltet. Es ist nicht angängig, sich die Dinge in Form eines einfachen Antagonismus vorzustellen, wo der Ausfall eines Faktors sich durch ein Ueberwiegen des restierenden offenbart, soweit nicht anderweitige Organe vikariierend eintreten. Vielmehr teilt in dem Korrelationssystem der Drüsen jede Impulse an andere aus und emp-

fängt selber solche, die ihre Tätigkeit bestimmen oder gar erst möglich machen. Das eigentlich Entscheidende dürfte also meistens nicht nur in der Drüse selbst, sondern in einer Störung der Wechselbeziehung zu suchen sein. In unserem Falle ist nach Lage der Dinge, in denen besonders die Arbeiten von H. Fischer gefördert haben, einmal die Möglichkeit einer primären Störung der Keimdrüsen, dann aber die der Störung der korrelativen Verbindung mit der Drüse, von der sie ihre Wachstumsimpulse empfängt, gegeben. Ein dritter Fall, nämlich der, daß diese Drüse, die Hypophyse selbst, Ort einer primären Störung ist, der die Entwicklung der Keimdrüse verhindert, wird auf differenzialdiagnostischen Gründen unser besonderes Augenmerk erfordern, wenn wir dem Postulat gerecht werden wollen, ein eindeutiges Krankheitsbild zu beschreiben, das eben speziell dem Keimdrüsenausfall entspricht. Als Zweites müssen wir berücksichtigen, daß als wahrscheinlich anzunehmen ist, daß die angeborene Keimdrüsenstörung nur einen Sonderfall einer mehr oder minder allgemeinen degenerativen Konstitution darstellt, und daß eine Reihe der auftretenden Symptome nur Folgeerscheinungen dieser Tatsache sind. Nur Vergleichen eines größeren Materials kann hier klären.

Es erübrigt sich also, die Notwendigkeit einer besonders strengen Abgrenzung des Krankheitsbildes und eingehender Würdigung der körperlichen Phänomene weiter zu begründen. Sie sind die Grundlage, die eine psychiatrische Bearbeitung des Materials erst ermöglicht. Wenn wir eine genaue Beschreibung der äußeren Erscheinungsform des Eunuchoidismus folgen lassen, so geschieht es deshalb, um die Richtlinien zu zeigen, die für die Auswahl unserer Fälle maßgebend waren, auch wo die Krankengeschichten nicht alle Einzelheiten reproduzieren. Dann aber deshalb, weil wir einen Teil der älteren Literatur, die Krisch sorgfältig zusammengestellt hat, außer Acht lassen, da sie diesen Anforderungen nicht entspricht. Wir haben deshalb als erste die Sterling'sche Arbeit, dann die Arbeiten von Krisch, Fränkel und Fischer als hauptsächliche neben anderen herangezogen und dabei bewußt, daß bei dem ersten Fall 2 und 5, bei Krisch Fall 3 und bei Fränkel Fall 4 nicht jeder Kritik standhalten.

Ein weiterer Punkt, der den Eunuchoidismus für eine Untersuchung unserer Art eignet, ist, daß wir in der Kastration Jugendlicher ein Experiment besitzen, dessen Resultate eine Kontrolle der Fälle von natürlichem Keimdrüsendefekt auf ihre Reinheit erlauben.

Das körperliche Bild des Eunuchoidismus deckt sich weitgehend mit dem der genitalen Fettsucht unserer Stoffwechsellehre.

Die ersten Beschreibungen Eunuchoider stammen von Tandler und Groß, welche die Zweiteilung in einem hochwüchsigen und einem fettwüchsigen Typ durchzuführen suchten. Hirschfeld hat später noch einen grazilen Typ zu erkennen vermeint.

Die wichtigsten und auffälligsten Erscheinungen sind die Skelettveränderungen, welche die charakteristische Disproportion hervorrufen und die Abnormitäten an der äußeren Bedeckung. Sie sind für die Diagnose ausschlaggebend und prägen zusammen mit der Genitalhypoplasie und der abnormen Fettverteilung den äußeren Typ. Der Bau des Skeletts ist im ganzen zart. Die Extremitäten weisen ein gesteigertes Längenwachstum auf, während das Knochengerüst des Rumpfes eher zurückbleibt. Diese Tatsache bewirkt den Hochwuchs und bringt unter Umständen Individuen hervor, deren Hände bis zum Knie reichen. Es entsteht das charakteristische Ueberwiegen der Unterlänge über die Oberlänge. Die Gelenke sind schlaff und überstreckbar; das Armgelenk ist häufig gewinkelt, das Genuvalgum regelmäßig zu finden. Plattfüße sind häufig. Das Becken ist breit, die Lordose der Lendenwirbelsäule gering. Ein länglicher Schädel, breiter Unterkiefer, steiles Hinterhaupt gehören hierher. Die Epiphysenfugen und die Schädelnähte persistieren weit über das Normalalter von höchstens 22 Jahren. Bei einem Teil der Fälle wird die fossa hypophysea klein und flach, in einem anderen groß, wenn auch nicht vergrößert, geschildert. Der Kehlkopf ist klein, der Adamsapfel nicht sichtbar, bis zum späten Lebensalter im Knorpelzustand und die laminae thyreoideae bilden einen spitzen Winkel.

Die Michaelissche Raute am Ende des Rückens ist meist deutlich. Die Fettentwicklung ist verschieden groß. Ein Teil

der sehr fetten Fälle muß, wie später gezeigt werden wird, wohl ausscheiden. Das Wesentliche ist die charakteristische Fettverteilung. Die Prädilektionsstellen sind in erster Linie die cristae iliacae, die Bauchgegend und die Gegend der Brustwarzen. Hierdurch entstehen oft groteske Formen von Gynaekomastie, die jedoch keinerlei weibliches Drüsengewebe enthalten, sondern durch Fettwucherung bedingt sind. Im Gebiet der Bauchdecken kann die Fettwucherung so bedeutend werden, daß das Gewebe schurzförmig herunterhängt. Auch an den Darmbeinkämmen können sich dicke Falten bilden. Die Außenseite der Oberschenkel und das Kinn sind weitere Stellen des Fettansatzes. Der mons Veneris ist stark betont.

Die Stimme ist hoch und dünn und unter Kastratenstimme allgemein bekannt.

Die Haut ist zart und glatt und hat einen hellen Ton. Häufig ist sie leicht gelblich gefärbt. An den Enden der Extremitäten haben wir sie meist livide oder leicht zyanotisch oder marmoriert gefunden. Ein Teil der Autoren beschreibt ein frühgealtertes, runzeliges Gesicht, uns ist mit Sterling eher ein jugendliches, glattes Aussehen aufgefallen.

Der Bart fehlt ganz oder nahezu ganz; an seine Stelle tritt Lanugo. Das Kopfhaar ist stark und dicht. Die sekundäre Behaarung an den Achselhöhlen und den Extremitäten fehlt ganz oder ist sehr schwach. Die Schamhaare meist spärlich an der regio pubis mit einer geraden oder konkaven Linie abschneidend, lassen Damm und Analgegend frei. Nicht zum Bilde des Eunuchoidismus gehören, wie Fischer betont, stärkere Zahndefekte und das Fehlen von Augenbrauen und Wimpern. Fälle mit diesen Erscheinungen sind vielmehr den hypophysären Erkrankungen zuzurechnen. Stärker cariöse Zähne weisen auch auf eine eventuelle Beteiligung der Schilddrüse hin.

Ein weiteres regelmäßiges Symptom des Eunuchoidismus ist der Hypogenitalismus aller Grade. Die äußeren und inneren Geschlechtsorgane zeigen zwischen rudimentärer Bildung und starker Unterentwicklung alle denkbaren Grade. Im Durchschnitt der Fälle findet man kirschkerngroße Hoden und kleinfingergroßen Penis. Das uropoetische System ist dabei völlig entwickelt. In den meisten Fällen ist komplette Impotenz vor-

handen, vereinzelt und häufig vorübergehend kommen Fälle vor, in denen die Potentia coeundi erhalten ist und beim Orgasmus ein dünnes, steriles Sekret abgesondert wird. Andere Patienten wiederum berichten, daß sie vereinzelt Erektionen gehabt hätten.

Von den inneren Organen ist das Herz meist schmal und hypoplastisch, die Aorta eng.

Häufig ist der Blutdruck erniedrigt, nicht allzu selten das Hämoglobin vermindert. Guggenheimer konnte in seinen Fällen eine Steigerung der Anzahl der roten Blutkörperchen bei deutlicher Lymphocytose mit Abnahme der Neutrophilen feststellen.

Die histologische Untersuchung der atrophischen Hoden ergab ein fast gänzliches Fehlen oder den totalen Ausfall der interstitiellen Drüse, der die innersekretorische Eigenschaft des Hodens zugehört, die Kanälchen sind spärlich und ohne das typische Epithel. In den sezierten Fällen war die Hypophyse klein, und es zeigte sich eine Zunahme der eosinophilen Zellen.

In der Mehrzahl ist der Eunuchoidismus mit einer Reihe weiterer degenerativer Symptome verknüpft, was bei einem Krankheitsbild, das leber auf Grund einer degenerativen Veranlagung zustande kommt, nicht verwundern kann. Fast alle der als Degenerationszeichen bekannten Stigmata finden sich hin und wieder, ohne daß sie etwas Typisches an sich hätten.

Eine häufige Komplikation ist die Epilepsie. Vergleicht man die vorliegenden Berichte, so dürfte sie bei 15% der Kranken in Form großer Anfälle auftreten. Rechnet man Petitmalanfälle, Absencen, Ohnmachten und andere Aequivalente dazu, so dürfte sich diese Zahl noch wesentlich erhöhen. Insbesondere wird von Fischer auf den Zusammenhang von Epilepsie und Dysgenitalismus Wert gelegt. Sterling und Krisch bestreiten jeden direkten Zusammenhang von Epilepsie und Keimdrüse und letzterer ist auch geneigt, für einen Teil der epileptoiden Erscheinungen wie reaktive Ohnmachten, Schwindelanwandlungen etc. die vasomotorischen Zufälle der Eunuchoiden in Anspruch zu nehmen.

Jedenfalls spielen diese vasomotorischen Symptome und Anomalien des vegetativen Nervensystems im Krankheitsbild eine viel erheblichere Rolle, als in den bisherigen Arbeiten hervorgehoben worden ist. Ihr Fehlen wäre auch bei einer Krank-

heit endokriner Natur mehr wie auffallend. Werden einerseits die endokrinen Drüsen vom vegetativen Nervensystem beeinflußt, so stellt andererseits das endokrine System das Milieu, von dem die periphere Wirkungsmöglichkeit und der Wirkungsgrad des vegetativen Nervensystems weitgehend abhängt. Ferner beeinflußt es die Arbeit der vegetativen Centren im Zwischenhirn. Wir haben bei unseren Patienten sowohl als auch in den in der Literatur angeführten Fällen die Symptome gefunden, die in der inneren Medizin unter der Bezeichnung der Neurasthenie zusammengefaßt werden. Oft gruppieren sich dieselben um den Komplex, den Eppinger und Heß Vagotonie genannt haben. In diesem Zusammenhange ist es interessant, daß wir bei Eunuchoiden mehrere Male enge Pupillen gefunden haben, und daß Fischer berichtet, daß in einem Falle von gelungener Hodenimplantation die vorher engen Pupillen weit wurden. Im einzelnen aufgezählt, gehören zu diesen neurasthenisch-vasomotorischen Symptomen: allgemeine Körperschwäche, leichte Ermüdbarkeit, nervöse Magenstörungen, Parästhesien, Schmerzempfindlichkeit, Zusammenschrecken, Blutwallungen zum Kopf und im Körper, Tachykardie, zitternde Extremitäten, Schwitzen, Uebelkeitsgefühl, Schwindel, marmorierte Haut, kalte Hände und Füße, Dermographie, Lidflattern, lebhafte Sehnenreflexe, Erblassen und Erröten, endlich nervöse Darmstörungen. Eine Anzahl dieser Symptome haben wir bei allen unseren Kranken gefunden. Ferner in der Literatur bei allen denjenigen endokrin reinen Fällen, die nicht Epilepsie oder sonstige über den Dysgenitalismus hinausreichende, parallellaufende Degenerationsfolgen aufwiesen. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, daß bei allen Fällen Fränkels, bis auf einen, solche vasomotorischen Störungen fehlen. Leider ist aus den Beschreibungen nicht ersichtlich, ob solche nicht doch früher vorhanden waren. Denn für die Beurteilung unserer Patienten scheint ihr Lebensalter nicht gleichgültig, und Fränkels Fälle sind ja im Hospital befindliche alte Männer. Fischer, der das ganze Arbeitsgebiet wohl am eingehendsten untersucht hat und kennt, hat uns darauf hingewiesen, daß der Eunuchoidismus verlangt als ein Problem der pathologischen Reifung und des pathologischen Alterns aufgefaßt zu werden. Seine diesbezüglichen Aus-

führungen über die Pubertät der Eunuchoiden werden uns noch später bei der Frage der Korrelation beschäftigen. Dank seinen Hinweisen war es möglich, den obengenannten Widerspruch zu lösen und unser Thema dahingehend zu beschränken, daß wir allein den Eunuchoiden im Mannesalter als einheitlichen Komplex zur Beurteilung seiner psychischen Eigenschaften auffaßten. Zweifellos ändert sich die Situation des Keimdrüsenkranken in dem Alter, in dem die sexuelle Involution normaler Weise einsetzt und das Senium beginnt. Wir beobachten ja auch häufig bei Neurasthenikern, daß die neuropathischen Symptome sich mit zunehmendem Alter bessern. Für unsere Patienten scheint es mir zweifelsfrei, daß mit zunehmendem Alter sich das endokrine Mißverhältnis mildert und in seiner Folge die vasomotorischen und nervösen Erscheinungen zurückgehen. Im übrigen ist von Interesse, daß sowohl die von Hirschfeld wie von Fischer angeführten Fälle von Spätkastration genannte Symptome naturgemäß in stärkstem Maße aufweisen.

Daß es sich bei den bisher angeführten Phänomenen des Eunuchoidismus tatsächlich um Folgen des primären Keimdrüsenausfalls handelt, beweist, wie schon erwähnt, der Folgezustand der Kastration im Kindesalter. Es erübrigt sich deshalb nochmals eingehend darauf zurückzukommen, und es sei lediglich die charakteristische Disproportion des Skeletts, die typische Fettverteilung und der Komplex der vasomotorischen Beschwerden erwähnt.

Für die Beurteilung der Reinheit der in Frage kommenden Fälle ist eine genaue Kenntnis der Korrelationsvorgänge beim Eunuchoidismus von größtem Belang, insbesondere deshalb, weil primär hypophysäre Erkrankungen ähnliche Zustandsbilder hervorrufen können. Das Symptom des Hypogenitalismus ist ja beiden Krankheiten gemeinsam und es gibt nach H. Zondek sogar Fälle von Hypogenitalismus mit Hochwuchs, die infolge nachgewiesener Hypophysen-Erkrankung zur Dystrophia adiposogenitalis gerechnet werden müssen. Es ist daher in diesem Zusammenhange zunächst notwendig, auf die Funktion der Hypophyse etwas näher einzugehen. Dieselbe ist funktionell und anatomisch kein einheitliches Organ. Nach Zondeks Beschreibung setzt sie sich aus dem Vorderlappen, dem Mittel-

lappen und der pars nervosa zusammen. Der Vorderlappen erhält spärliche baso- und spärliche eosinophile Zellen sowie chromophobe. Schädigungen des Vorderlappens rufen Wachstumsstörung und Atrophie der Genitale hervor. Das in Korrelation stehende System der regio hypothalamica und des Mittellappens ist, wenn es gestört ist, für die Fettsucht verantwortlich zu machen. Ein eosinophiles Adenom des Vorderlappens verursacht die Acromegalie, eine Erkrankung der gesamten Hypophyse die Simond'sche Kachexie.

Bei der Kastration ist nun die korrelative Reaktion der Hypophyse eine allgemeine Zunahme der eosinophilen Zellen als spezifische Korrelationsreaktion auf den Ausfall der Keimdrüse. Sie sind nach unseren bisherigen Kenntnissen, wie Fischer ausführt, der Ausdruck für eine veränderte Funktionstendenz der Hypophyse. Dieselbe kommt dadurch zur Geltung, daß die Epiphysenfugen nicht verknöchern und das Längenwachstum der Extremitäten über das normale Maß hinaus anhält. Es handelt sich also hier wahrscheinlich um eine Ueberfunktion der Hypophyse, auf die der hemmende korrelative Einfluß der Keimdrüsen zum Wegfall kommt und die so die charakteristische Disproportion erzeugt. Ferner ist eine korrelative Folge des Geschlechtsdrüsenausfalls, wiederum durch Vermittlung der Hypophyse, der typisch verteilte Fettansatz, den unsere Fälle mit der dystrophia adiposo-genitalis gemeinsam haben. Nur ist dieses Symptom beim Eunuchoidismus eine Folge einer funktionell korrelativen Störung der Hypophyse, während es sich bei der Dystrophia adiposogenitalis um eine primäre Hypophysenstörung handelt. Eben deshalb zeichnet sich dieselbe durch den ihr eigentümlichen Zwergwuchs aus, da die Wachstumsimpulse der geschädigten Hypophyse wegfallen. Der Hypogenitalismus wiederum ist das von der Keimdrüse direkt abhängige Symptom des Eunuchoidismus. Wir haben nunmehr eine Reihe von korrelativen Impulsen festgestellt, die vom Hoden zur Hypophyse gehen. Umgekehrt erhalten die interstitiellen Zellen des Hodens die Impulse, die zu ihrer Reifung führen, von der Hypophyse und den mit ihr in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Centren am Boden des dritten Ventrikels. Nur wo eine funktionstüchtige Hypophyse während der Pubertät diese

Reifungsimpulse zur Keimdrüse gelangen läßt, also nur wo das spezifische Inkret der Hypophyse vorhanden ist, ist es für die Keimdrüse möglich, sich zur Reife zu entwickeln und ihrerseits die ihr zufallenden Aufgaben im Wachstum des Organismus zu bewältigen. Es sind also für eine Aetiologie des Eunuchoidismus prinzipiell folgende Fälle denkbar:

1. Die Keimdrüse ist der primäre Sitz einer Störung durch Trauma, Erkrankung oder Mißbildung, die sie funktionsuntüchtig macht oder wenigstens ungeeignet, auf die von der Hypophyse kommenden Reifungsimpulse anzusprechen.
2. Die Verbindung zwischen beiden Organen ist in irgend einer Weise gestört.
3. Die Hypophyse ist erkrankt und nicht in der Lage, die notwendigen Reifungsimpulse auszusenden.

Das Verdienst, diese Verhältnisse ausschlaggebend geklärt zu haben, gebührt den Versuchen von Fischer. Alle vorherigen Versuche, durch Inplantation des Hodens den Eunuchoidismus zu heilen, waren bisher ergebnislos verlaufen. Nach Fischers Theorie war der Grund dieser Mißerfolge, daß infolge Disfunktion der Hypophyse dem Organismus die physiologische Inplantationsfähigkeit abging. Er schlug deshalb eine vorbereitende Behandlung mit geschlechtsspezifischer Hypophysensubstanz vor. Fischers Fall war ein Kriegsverletzter, dem vor 6 Jahren beide Hoden weggeschossen waren, und bei dem sich in der Folge die typischen Kastrationsfolgen eingestellt hatten. Diese Vorbehandlung führte zu Aufschlüssen von größter Bedeutung. Zunächst schwand die Adipositas und ganz besonders auch die typische Fettverteilung. Sodann nahm die Pigmentbildung der Haut wieder zu. Nach zweimonatlicher Vorbehandlung wurde nunmehr menschlicher Hoden unter die Bauchhaut eingepflanzt. Nach 8—10 Tagen wurde der Patient lebhafter, zugänglicher und hoffnungsvoller, nach 4 Wochen sistierte die bis dahin bestehende übermäßige Schweißsekretion und die erweiterten Pupillen verengerten sich. In der 5.—8. Woche war der Patient auch subjektiv gebessert, fühlte sich frisch, die erotisierende Wirkung der Transplantation machte sich geltend und es traten Erektionen auf. Die Schilddrüse wurde wieder weicher und größer. Leider hielt dieser Erfolg nur 3 Monate an, da an-

scheinend dann das Transplantat resorbiert war. Wenn dieser Versuch auch kein schlüssiger Beweis ist, so werden durch ihn doch die oben angeführten Korrelations-Mechanismen äußerst wahrscheinlich gemacht.

Ueber die korrelativen Beziehungen zu anderen Drüsen beim Eunuchoidismus sind nur noch Beziehungen zur Schilddrüse bekannt. Alle reinen Fälle von Eunuchoidismus haben kleine Schilddrüsen. Ein Befund, für den nach den Erfahrungen bei Fischers Fall zweifellos der Keimdrüsenausfall verantwortlich zu machen ist. Daß vom Hoden zur Schilddrüse fördernde Impulse gehen, beweist auch, daß eine Besserung funktioneller Beschwerden bei Eunuchoiden durch vorsichtige Schilddrüsenfütterung erreicht werden kann.

Als Abschluß des ersten Teils vorliegender Arbeit seien noch einige differentialdiagnostische Erwägungen angestellt. Das dem Eunuchoidismus ähnlichste Krankheitsbild ist das der Dystrophia adiposogenitalis. Hier wie da finden wir Aplasie der Genitalorgane nicht nur am äußeren Apparat sondern auch der interstitiellen Drüse. Bei Beginn der Geschlechtsreife bleibt gewöhnlich der Penis im Wachstum stark zurück, die Hoden bleiben klein. Der Stimmwechsel bleibt aus. Die vita sexualis liegt darnieder. Die Patienten setzen an denselben Prädilektionsstellen wie beim Eunuchoidismus Fett an, abgesehen von der meist sich einstellenden allgemeinen Fettsucht. Viele Fälle gehen mit zurückbleibendem Wachstum einher (hypophysärer Zwergwuchs). Die Haut ist durchsichtig und pigmentarm. Außer den Defekten der Behaarung, die der Eunuchoidismus aufweist (sekundäre Behaarung) ist auch der sonstige Haarwuchs oft mangelhaft. Insbesonders müssen Defekte an Augenbrauen und Wimpern stutzig machen. Zondek betont jedoch, daß Fälle von sicherer Dystrophia adiposogenitalis vorkommen, welche den typischen eunuchoiden Hochwuchs zeigen und wo eine Erkrankung der Hypophyse nachgewiesen war. Diese kennzeichnet sich im Röntgenbild durch Vergrößerung der sella turcica und häufig durch die durch die vergrößerte Hypophyse hervorgerufenen Augensymptome z. B. Gesichtsfeldausfälle, Pupillenstörungen und Nachlassen des Sehvermögens infolge von Opticusatrophie. Die beiden Krankheitsbilder unterscheiden sich

also einmal durch den Zwergwuchs, der auf der einen häufig, und die charakteristische Skelettdisproportion, die auf der anderen Seite die Regel ist. Von vornherein sind die Fälle von sogen. Eunuchoidismus abzulehnen, wie sie Hirschfeld als grazilen Typ beschreibt. Sie gehören zweifellos zu den hypophysären Erkrankungen. Schwieriger wird, bei der Notwendigkeit sich auf reine Fälle zu beschränken, diejenigen Fälle abzusondern, bei denen es trotz Hypophysen-Erkrankung zum Hochwuchs gekommen ist. Hier kann nur noch sorgfältiges Achten auf die äußere Bedeckung (Haarwuchs), röntgenologische Untersuchung der sella turcica sowie genaue Augenkontrolle vor Irrtümern schützen. An dieser Stelle erhebt sich auch die Frage, ob wir uns auf die Fälle von rein primärer Keimdrüsenstörung, wie wir sie oben unter Nr. 1 aufgeführt haben, beschränken müssen, oder inwieweit wir diejenigen Krankheitsbilder, die durch die mangelnde Fähigkeit der Hypophyse, der Keimdrüse die notwendigen Impulse zu geben, bei sonst intakter Hypophyse, ausscheiden. Abgesehen davon, daß es kaum möglich sein dürfte, diese Fälle klar zu trennen, dürfte folgende Auswahl die richtige sein. Alle die Fälle mit irgendwie organisch nachweisbarer Hypophysen-Erkrankung oder nur mit dem Verdacht darauf zur Dystrophia adiposogenitalis, so daß wir zum Eunuchoidismus nur diejenigen Fälle rechnen, wo irgend eine funktionelle Störung der Hypophyse als primär ätiologisch für die mangelnden Impulse an die Keimdrüse und damit für den Eunuchoidismus anzusprechen ist. Aus diesen Ueberlegungen heraus scheinen uns auch diejenigen Fälle für unsere Zwecke ungeeignet, die vielfach zum fettwüchsigen Typ des Eunuchoidismus gerechnet werden, und die ihm auch völlig gleichen, keinerlei Hypophysen-Symptome aufweisen, denen aber die charakteristische Skelett-Disproportion mangelt. Ohne sich irgendwie festzulegen, scheint es angebracht, dort wo es sich darum handelt, reine Fälle zu verwerten, sie aus dem Spiel zu lassen.

Ebens wichtig ist es, den Eunuchoidismus vom Infantilismus abzugrenzen, umsomehr, als derselbe von zahlreichen Untersuchern mit dem Dysgenitalismus zusammengeworfen wurde. Zuletzt hat Peritz den Eunuchoidismus als die reinste Form des Infantilismus zu bestimmen versucht. Falta hat sich sehr scharf

gegen diese Auffassung gewandt. Das Krankheitsbild des Infantilismus wurde zuerst von La Sègue aufgestellt. Heute versteht man unter Infantilismus ein Zurückgebliebensein der körperlichen und geistigen Eigenschaften auf einer Stufe, die einem wesentlich jüngeren Lebensalter entspricht. Nach alter Ueberlieferung, die freilich der inneren Berechtigung teilweise entbehrt, unterscheidet man zwei Typen: den Typ Lorrain oder Infantilismus dystrophicus, dessen Aetiologie man in Ernährungsstörungen, Gehirn- und Gefäßerkrankungen, Lues, äußeren elenden Verhältnissen, daraus folgender Unterernährung, Mangel an Lipoidstoffen sucht. Ferner den Typ Brissaud oder Myxinfantilismus, den man auf eine Unterfunktion der Schilddrüse zurückführt. Der Infantilismus, insbesonders der zweite Typ weist die Körperproportionen eines Kindes oder aber kleindimensionale Körpermaße bei erhaltener relativer Harmonie auf, im Gegensatz zu der charakteristischen Disproportion des Eunuchoidismus, mit dem er das Symptom des Hypogenitalismus gemeinsam hat. Es fehlen die Zeichen körperlicher Reife. Volle, mehr gedunsene Formen, kleine Statur, blasses Gesicht, kindliche Züge, Milchgebiß, hohe Stimme, Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere, offene Epiphysenfugen geben ein Bild, das dem Typ Brissaud sich nähert, während der Typ Lorrain sich oft nur als sogenannter partieller Infantilismus im Zurückgebliebensein einzelner Körperteile bei mehr oder weniger allgemeiner Entwicklungshemmung in cardiovasculären Hypoplasien, grazilem Skelett, zarter Haut, langen zarten Beinen, hoher Stimme, Genitalverkümmerung, mangelhaft ausgebildeten sekundären Geschlechtszeichen, bei meist eingetretenem Zahnwechsel kennzeichnet. Zwergwuchs kommt vor. Gelegentlich sieht man auch Fälle mit eunuchoiden Beimengungen. Zondek führt aber ebenfalls im Gegensatz zu Peritz an, daß gerade das Vorkommen von Genitalhyperplasie beim Infantilismus seine prinzipielle Verschiedenheit vom Eunuchoidismus beweise.

Eine genaue Differentialdiagnose gegenüber der Acromegalie erübrigt sich bei dem heutigen Stande der Wissenschaft.

Aehnlichkeiten weist ferner noch das Krankheitsbild der pluriglandulären Insuffizienz auf. Bei ihr kann sich das Bild des Früh- oder Späteunuchoidismus zu Schilddrüsen-Insuffi-

zienz, Gedunsenheit des Gesichts, schilfernder Haut, Haarausfall-Ekzemen, Ausfallen der Wimpern und Haare und Zahnausfall hinzugesellen. Symptome der Addisonschen Krankheit, Tetanie, Knochenveränderungen, acromegale Züge vervollständigen das Bild der Krankheit, die man in einen fetten und einen kachektischen Typ trennt.

Schließlich bleibt uns noch das Bild des Späteunuchoidismus zu besprechen. Bei dieser Gelegenheit einige Bemerkungen über den Eunuchoidismus in den verschiedenen Lebensaltern überhaupt. Während die präpuberale Keimdrüse keine eigentlichen Zwischenzellen enthält, haben Bouien und Ancel folgenden fötalen Entwicklungsgang der innersekretorischen Zwischensubstanz des Hodens festgestellt: Beim Embryo erscheinen vor der sexuellen Differenzierung der primordialen Keimdrüsen die Leydigschen Zellen, denen eine besondere Aktivität in dieser Epoche zugeschrieben wird. Man nimmt an, daß sie die sexuelle Differenzierung beim Embryo bewirken. Vom 6. Monat ab beginnen sie langsam wieder zu verschwinden. Diese Vorgänge erklären ohne weiteres die Möglichkeit des kindlichen Eunuchoidismus. Ferner gibt es Fälle von Eunuchoidismus, die zwar spät und nach Entwicklung der charakteristischen Symptome aber doch eine mehr oder weniger vollständige Geschlechtsreife erreichen, während welcher sich ein Teil der sekundären Geschlechtszeichen nachträglich entwickelt. Solche Fälle können unter Umständen zu erfolgreichen Eheschließungen fähig sein, aber nach mehr oder weniger kurzer Zeit ist die Funktionstüchtigkeit des Hodens erschöpft und der Patient erkrankt nunmehr scheinbar an Späteunuchoidismus. Diese Fälle rechnen unbedingt zum Eunuchoidismus und sind vom Späteunuchoidismus abzutrennen, von dem sie vor allem die charakteristische Skelettproportion unterscheidet. Naturgemäß können dieselben bei einem Menschen, dessen Skelett seine Entwicklung vollendet und dessen Epiphysen geschlossen sind, nicht auftreten. Der Späteunuchoidismus entsteht teils auf traumatischer Grundlage, teils durch verschiedene spontane Störungen der inneren Sekretion. Verständlicherweise treten die bereits erwähnten, vegetativ-vasoneurotischen Störungen im verstärkten Maße auf, wobei nochmals darauf hingewiesen sei, daß sie dann bei beginnendem

Senium allmählich zurücktreten. Das Genitale verkleinert sich im mäßigen Grade, die Hoden schrumpfen und werden hart, die potentia generandi erlischt zuerst, später die potentia coeundi. Die charakteristische Fettverteilung und die Kastratenstimme, die Veränderung der Haut und am Haarwuchs, die Verkleinerung der Schilddrüse vervollständigen das Bild.

III.

Seit das Krankheitsbild des Eunuchoidismus überhaupt erfaßt ist, hat die Frage nach der seelischen Artung des angeborenen Dysgenitalismus die weitgehendsten Meinungsverschiedenheiten gezeitigt. Ein Teil derselben erklärt sich zwanglos daraus, daß der Eunuchoidismus in seiner reinen Form ohne Komplikationen ein seltenes Krankheitsbild ist. Häufig ist er der Ausdruck einer allgemeinen degenerativen Anlage, auf deren Boden alle Arten des degenerativen Schwachseins vorkommen. Nicht selten ist er mit Epilepsie kompliziert, die dem Charakter des betreffenden Individuums natürlich ihren Stempel aufdrückt und in der Folge zu epileptischem Schwachsinn führen kann. Ferner ist es augenscheinlich, daß die eunuchoide Pubertät, wenn dieser Ausdruck erlaubt ist, als eine Zeit der Bewegung gegenüber der relativen Ruhe des Mannesalters in der innersekretorischen Dynamik, sich vom Bilde des Eunuchoidismus der Erwachsenen unterscheiden wird. Auf die psychologischen Folgen, die der Ausfall aller der Bestrebungen nach sich zieht, die sich des Jünglings in der Krisenzeit bemächtigen, sei hier nur hingewiesen. Ebenso wie sich das eunuchoide Senium in seinen körperlichen Manifestationen vom Mannesalter unterscheidet, ist es auch psychisch scharf abzutrennen. Die Unterschiede verwischen sich, die Disharmonien mildern sich. Die veränderte Situation des Greisenalters bringt auch eine Reihe von Komplexen, die psychologisch an der Charakterform des Eunuchoiden beteiligt sind, zum Wegfall. Die Fälle, die Fränkel in seiner Mongraphie anführt, sind, soweit sie nicht kompliziert sind, der beste Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung.

Eine weitere Erklärung für die verschiedenen Resultate, zu denen die Untersuchungen der einzelnen Autoren gelangten, bildet die Tatsache, daß das konstitutionelle Moment im seeli-

schen Wesen des Eunuchoiden nicht genügend von den sekundär bedingten Anteilen des Charakters getrennt wurde. Es ist begreiflich, daß die psychologischen Konsequenzen, die sich aus der besonderen Situation des Keimdrüsenkranken ergeben, keineswegs bei allen Individuen dieselben sein müssen. Schließlich besteht die Möglichkeit, daß die seelische Artung der Eunuchoiden überhaupt eine geeignete Grundlage für eine erhöhte Reaktionsfähigkeit bildet, die dann das Bild noch weiter kompliziert. Es erscheint dringend notwendig, alle diese Gesichtspunkte in Rechnung zu ziehen, wenn man überhaupt zu einer Beantwortung der Frage gelangen will, ob dem Eunuchoidismus eine besondere einheitliche seelische Konstitution entspricht.

Einigkeit herrscht darüber, daß allen Eunuchoiden ein Symptom gemeinsam ist, der Ausfall des Geschlechtstriebs. Altmeister Wundt hielt die Triebe für die psychischen Grundphänomene, von denen alle geistige Entwicklung ausgeht. Dem Dichterwort, daß das menschliche Getriebe „durch Hunger und durch Liebe" sich erhält, könnte als Ergänzung dieser beiden Triebfedern menschlichen Handelns noch der Drang nach Geltung hinzugefügt werden. Es ist also offensichtlich, daß eine der Grundlagen des menschlichen Trieblebens beim Eunuchoiden ausfällt und es bleibt uns, zu untersuchen, inwieweit sich dieser Mangel im Charakterbild des Eunuchoiden Geltung schaffen wird. Es sei hier der extreme Standpunkt von Grant Allen zitiert: „Der erotische Implus bringt das schönste und reinste in unser Leben hinein, ihm verdanken wir unsere Liebe für helle Farben, für schöne Formen, melodiösen Klang, rhythmische Bewegung, ihm verdanken wir die Evolution der Musik, der Poesie, der Romantik, der Literatur, der Malerei, der Skulptur, des Kunstgewerbes, der dramatischen Kunst. Ihm verdanken wir einzig und allein die Existenz unseres ästhetischen Sinnes, der letzten Endes ein sekundäres Geschlechtsattribut ist. Ihm verdanken wir die väterlichen, mütterlichen und ehelichen Beziehungen ....". Auch für den, der diesen extremen Standpunkt nicht teilt, ist es selbstverständlich, daß den Eunuchoiden die Gefühlswerte fehlen müssen, die normaler Weise aus dem sexuellen Triebsleben erwachsen. Die Erlebnisse, welche wir gewohnt sind, als Sturm- und Drangperiode zu

bezeichnen, werden wir in seinem Entwicklungsgang vermissen. Das Glück des Familienlebens, der altruistische Antrieb, welcher sich aus den erotischen Beziehungen des Menschen ergibt und in der Folge, die Beziehungen zur Allgemeinheit auf dem Wege über die Familie, scheiden als wichtige Faktoren des sozialen Lebens aus. Es wird daher mit besonderer Aufmerksamkeit zu untersuchen sein, wie weit wir die Folgen dieser Tatsachen bei unseren Eunuchoiden wiederfinden, bezw. wie weit es möglich ist, bei ihnen vorkommende Eigenschaften auf sie zurückzuführen.

Bisher haben sich folgende Autoren zur Frage der psychischen Artung der Eunuchoiden geäußert:

Weil schildert die Eunuchoiden als vom Durchschnitt meist nicht abweichend, nüchtern, arbeitsfähig: „Menschen, die ihren Beruf zur vollen Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten erfüllen, und die auch in leitenden Stellen sich Achtung und Anerkennung verschaffen können."

Sterling unterscheidet in seiner grundlegenden Arbeit drei Typen. Der erste Typus weicht in intellektueller Beziehung wenig oder gar nicht vom Durchschnitt ab. Er zeigt sich von ruhigem, gesellschaftlichem Charakter, altruistischen Neigungen und, was er besonders betont, einer völligen Resignation dem sexuellen Defekte gegenüber. Es bestehen leichte Depressionszustände und besonders bei kindlichem Eunuchoidismus Passivität und Trägheit.

Beim zweiten Typus fand er neben einem mittleren Grade von Imbezillität eine deutliche Abstumpfung auf emotionellem Gebiete. Bei einem Falle eine Erregung von „clownisch-manialischem" Typus.

Den dritten Typus nennt er Parasitentypus. Neben einer verhältnismäßig gut erhaltenen höheren psychischen Leistungsfähigkeit besteht eine absolute Lebensuntüchtigkeit. Diese Kranken scheuen die Arbeit und lassen sich von ihrer Familie unterhalten. Die Stimmung ist entweder gutmütig und fröhlich, oder aber sie geht mit erheblicher hypochondrischer Unzufriedenheit einher. Dem sexuellen Defekt gegenüber zeigt dieser Typus eine fingierte Resignation.

Ferner unterscheidet er noch den epileptischen Typus.

Falta meint, daß die Intelligenz der Eunuchoiden normal sei und geistige Minderwertigkeit auf gleichzeitige anderweitige Entwicklungsst'rungen zurückzuführen sei. Es ist darin mit Tandler und Groß, die zuerst das Krankheitsbild des Eunuchoidismus beschrieben haben, einig. Letztere fügen hinzu, daß die Eunuchoiden oft ruhig, wenig mitteilsam und oft auch wenig selbständig seien. Der geistige Zustand sei jedenfalls nicht infantil, sondern es fehle ihnen nur die Männlichkeit. Krisch, dessen Arbeit die bisherigen Literaturhinweise entnommen sind, sondert drei Gruppen aus:

Die erste Gruppe zeigt normale Intelligenz, häufig sind epileptoide Erscheinungen und Auffälligkeiten auf vasomotorischem Gebiet.

Die zweite Gruppe umfaßt alle Grade von Schwachsinn; besonders ist auch auf die leichten Grade zu fahnden.

Die dritte Gruppe enthält die Fälle mit ausgesprochenen epileptischen Erscheinungen, bei denen naturgemäß auch häufig mehr oder minder hochgradiger Schwachsinn bestehen wird.

Die dritte Gruppe scheint ihm Aehnlichkeit mit der Gruppe der Kastraten zu haben. Beziehungen zwischen Epilepsie und Eunuchoidismus leugnet er und glaubt, daß für die epileptoiden Erscheinungen häufig vasomotorische Einflüsse in Anspruch genommen werden können.

Am eingehendsten hat sich H. Fischer mit der Psychopathologie des Eunuchoidismus beschäftigt. Er hat im allgemeinen den Eindruck bekommen, daß die hochwüchsigen acromegaloiden Typen psychisch die aktiveren sind und besonders zu antisozialen Handlungen neigen, daß der fettwüchsige Typ dagegen mehr abgeschlossen und stumpf ist und deutliche epileptische Stigmata zeigt. Allen Eunuchoiden gemeinsam und für ihren Charakter typisch ist für ihn die Asozialität ihres Charakters.

Im einzelnen führt er aus: Die intellektuellen Fähigkeiten der Eunuchoiden liegen in normalen Grenzen, ein Intelligenzdefekt gehört nicht zum Wesen des reinen Eunuchoidismus. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, daß bei den epileptischen Formen späterhin Schwachsinn hinzutritt. Alle anderen Formen von Schwachsinn dürften anderer Aetiologie sein. Die Kennt-

nisse übersteigen günstigenfalls den Durchschnitt nicht, den man von einem Mann gleicher Bildung und Gesellschaftsklasse verlangen kann. Der Arbeitstrieb reicht nur so weit, als Arbeitsnotwendigkeit aus äußeren Gründen oder zur Erreichung des Unterhalts vorhanden ist. Sie können wohl Fleiß entwickeln aber keine Arbeitsfreudigkeit. Nur ihr Egoismus überwindet ihre Trägheit. Ihr Defekt ist nicht ein Intelligenzdefekt sondern ein Mangel des Triebes zur Ausbildung.

Der Charakter der Eunuchoiden ist ein passiver, negativer, womit nur die gelegentlich hervortretende explosive Reizbarkeit kontrastiert. Es besteht zweifellos eine gewisse Aehnlichkeit zwischen dem Charakter des Eunuchoidismus und des Epileptikers, aber im wesentlichen nur in den krankhaften Zügen. Gemeinsam ist beiden die egozentrische Einengung, die Schwerfälligkeit, Empfindlichkeit und Reizbarkeit, Explosivität, außerdem die Frömmigkeit und manchmal eine gewisse Pedanterie. Auch Gutmütigkeit zeigen manche Eunuchoiden. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden besteht darin, daß den Eunuchoiden die sozial bedeutungsvolle Aktivität des Epileptikers fehlt. Demnach kann von einer Kombination zwischen psychischer Epilepsie und Eunuchoidismus nicht die Rede sein.

Ferner haben die Eunuchoiden etwas müdes, apathisches; sie zeigen eine Einengung des Gefühlslebens, die dadurch kompliziert wird, daß ihnen die Werte fehlen, die normaler Weise aus dem sexuellen Triebleben für die soziale Haltung eines Menschen erwachsen.

Hirschfeld schreibt über die seelische Veränderung der Eunuchoiden: Sie zeichnen sich durch leichte Erschöpfbarkeit aus, erröten leicht und sind sehr schmerzempfindlich. Ihre Intelligenz ist gut, ihr Gedächtnis sehr gut. Sie sind sehr oft herabgestimmt. Ihr Gesichtsausdruck ist bekümmert. Ihr Interesse für Politik und kommunale Angelegenheiten ist genügend, ihr persönliches Verhalten anspruchslos, mäßig und bescheiden.

Fränkel kommt zu der Anschauung, daß von einer einheitlichen seelischen Struktur der Eunuchoiden keine Rede sein kann. Die Mehrzahl seiner Fälle sei innerhalb der Norm, der Rest zeige verschiedene pathologische Krankheitsbilder.

Peritz hat die These aufgestellt, daß der so außerordentliche Unterschied zwischen der Seele des Kindes und des Erwachsenen einzig auf die Tätigkeit der Geschlechtsdrües zurückzuführen sei. Der Eunuchoidismus sei daher die reinste Form des Infantilismus und die psychische Artung der Eunuchoiden sei auch als rein infantil anzusehen. Bei dieser Gelegenheit sei auf die Differentialdiagnose beider Zustände etwas ausführlicher eingegangen.

Dì Gaspero hat den psychischen Infantilismus ausführlich beschrieben, und seine Feststellungen sind allgemein anerkannt. Er unterscheidet zwei Typen, die im allgemeinen der körperlichen Entwicklung parallel gehen, wenn auch Ausnahmen vorkommen. Die einen sind reife Kinder und unreife Erwachsene. Kindliche Seelenartung, Leichtlebigkeit, Sorglosigkeit, Affektflüchtigkeit, Ueberschätzung von Wertgrößen, unüberlegtes Urteil, Mangel an sexuellen Vorstellungen, undifferenziertes Schamgefühl, Suggestibilität und Nachahmungstrieb kennzeichnen sie. Die anderen haben den Schritt in die Pubertät bereits getan, Grundzüge einer quantitativ normalen seelischen Konstitution sind vorhanden, doch mit erheblichen, zum Teil charakteristischen Werten der Kindesseele verquickt. Es ist das Wort von der Miniaturpsyche geprägt worden, das sehr bezeichnend erscheint. Diese Individuen sind Halberwachsene und Halbkinder. Verstimmungszustände, Verzagtheit, verschüchtertes Gebaren, Aengstlichkeit und Ratlosigkeit vor neuen Aufgaben, Kleinmütigkeit mit unbestimmten Sorgen vor der Zukunft, Bedürfnis nach Anklammerung an andere, enger Horizont, Suggestibilität und Weichheit gegenüber dem Milieu runden das Bild ab.

Es sei hier vorausgenommen, daß diese Eigenschaften in ihrer charakteristischen Zusammenstellung bei keinem Eunuchoiden gefunden werden konnten, während umgekehrt bei Infantilen man oft ein Triebleben im sexuellen Sinne, das den Eunuchoiden abgeht, beobachten kann.

Wie die Frühkastration in gewisser Art ein Experiment zur Nachprüfung der körperlichen Folgen des Keimdrüsenausfalls ist, so könnte sie auch über die seelische Artung der Eunuchoiden Auskunft geben. Leider sind die Nachrichten darüber

sehr beschränkt und ermangeln der wissenschaftlichen Korrektheit häufig. Insbesonders sind die historischen Nachrichten über das Leben bedeutender Verschnittener wie des Kirchenvaters Origines oder des Feldherrn Narses unbrauchbar, da in nichts der Beweis geliefert ist, daß es sich wirklich um Frühkastraten handelte. Mehr Aufschluß versprechen die Nachrichten über die Sekte der Skopzen im Osten Europas und über die Eunuchen im nahen Orient. Die Skopzen sind eine Sekte, bei der die Frühkastration der Knaben aus religiösen Gründen üblich ist. Pelikan macht ganz allgemein die Beobachtung, daß sich die sittlichen Gefühle wenig bei ihnen entwickelten, Habsucht, Falschheit und Selbstsucht häufig wären. Andererseits zeigten sie ihren Vorgesetzten und ihrer Lehre große Anhänglichkeit und Hingebung. Arbeitsliebe, Eifer und Pünktlichkeit seien häufige Eigenschaften. Demgegenüber stehen wiederum ihre Neigungen zu wucherischen Geldgeschäften und übler Geschäftsschlauheit.

Bei alledem ist zu bedenken, daß diese Sekte doch ein eigenartiges Milieu darstellt, das seine Wirkung auf den Einzelnen nicht verfehlen wird, und daß die schlechten Eigenschaften, die man den Skopzen vorwirft, eigentlich all denjenigen Gemeinschaften zugeschrieben werden, die von der Umgebung abgesondert leben und von der allgemeinen Verachtung in dieser Abgesondertheit erhalten werden.

Bei Hirschfeld werden die Skopzen als meist liebenswürdige, zuvorkommende, anhängliche und dankbare Menschen beschrieben. Sie zeichnen sich durch ihre Tierliebe aus und üben häufig den Beruf des Kutschers aus. Etwas wesentliches ist wohl hiermit nicht anzufangen. Die Berichte über die Eunuchen in der Türkei lauten außerordentlich verschieden, was schon insofern verständlich ist, da die Kastration nicht bei allen die Geschlechtsdrüse vollkommen beseitigt. Zambuko-Pascha schildert die Eunuchen als traurig, träge, grausam, ängstlich, egoistisch. Hirschfeld hat die Eunuchen in der Türkei selbst studiert und schildert sie ihrem Charakter nach als liebenswürdige, anhängliche, zuvorkommende und dankbare Menschen. Sie geben viel auf ihr Aeußeres, kleiden sich sorgsam, sind fromm, lieben Tiere und Kinder. Häufig adoptieren sie junge Menschen, um sie mit

ihrem Gelde auszustatten. Wie alle von der Norm in sexueller Hinsicht abweichenden Menschen, sind sie verschämt, sprechen sich nicht leicht aus, und es kostet Mühe, ihr Vertrauen zu gewinnen. Die intellektuellen Eigenschaften sind nicht beeinflußt. Es gibt unter ihnen sehr geistige, feingebildete Leute. Das gutmütige und geduldige Wesen der Eunuchen sei umso mehr zu bewundern, als sie fast ausnahmslos seelisch sehr leiden und vielfach einen starken Hang zur Melancholie haben.

Es bleibt noch übrig, auf die seelischen Eigenschaften der Späteunuchoiden bezw. der Spätkastraten einzugehen. Sie sind deshalb von Bedeutung, weil sie gewisse Eigenschaften, die für die Beurteilung der Auswirkung des Ausfalls der Geschlechtsdrüsen wichtig sind, in verstärktem Maße an sich tragen. Es sei auf den Fall von Fischer, den wir oben geschildert haben, noch einmal hingewiesen. Er zeigte abgesetzte Verstimmungszustände neben der vorherrschenden Verdrießlichkeit und mürrischen Reizbarkeit, in sich gekehrte Traurigkeit mit Neigung zum Grübeln, Weinen und Lebensüberdruß. Dazu brachte der Patient allerlei hypochondrische Klagen vor, die sich auf neurasthenische Symptome erstreckten. Seine Arbeit war ihm mühsam und quälend. Der Umgebung fiel Teilnahmslosigkeit, Ermüdbarkeit, Arbeitsunlust, Reizbarkeit, Unzugänglichkeit, auf. Hirschfeld schildert zwei Fälle folgendermaßen: „Er zeigt eine erhebliche Affekterreglichkeit", „er ist sehr gutmütig, gefällig, arbeitsam und lebt jetzt sehr zurückgezogen und geht täglich in die Kirche; Gedächtnis und Intelligenz sind gut und haben gegen früher keine Abnahme erfahren". „Ganz regelmäßig treten Zeiten ein, in denen er sich unwohl fühlt; er leidet dann an Schwindel, Müdigkeit und Kopfweh, starker Gereiztheit und seelischer Verstimmung."

IV.

Die Krankengeschichten der in dieser Arbeit beschriebenen Fälle seien hier nur soweit angeführt, wie sie für unsere Arbeit von Interesse sind.

1. Fall. G. K. 21jähriger Schlosser; Mutter nervös und fahrig. Als Junge unauffällig, gute Schulerfolge, Lehre ordnungsgemäß beendet. Seit dem 17. Lebensjahr fiel auf, daß er in der Entwicklung zurückblieb, ins-

besonders Geschlechtsteil und Behaarung klein blieben. Vasomotorische Beschwerden vom vagotonischen Typus. Herzklopfen und Schwindelanfälle. Begann unter seinem Körperfehler seelisch sehr zu leiden. „Wenn ich daran denke, bin ich oft tagelang deprimiert." Deutliches Bestreben, das Minderwertigkeitsgefühl durch das Bestreben als tüchtiger Arbeiter zu gelten zu kompensieren, starker Geltungstrieb. Großer Bildungsdrang. Die Intelligenzprüfung ergibt regelrechte Verhältnisse. Körperlich bietet er ein Bild des typischen Eunuchoiden.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen sensiblen Psychopathen mit ausgesprochen neuropathischer Konstitution, mit Neigung zu reaktiven Depressionen und das Leben schwer zu nehmen. Auf der Basis dieser Konstitution hat das Trauma der körperlichen Schädigung ein starkes Minderwertigkeitsgefühl ausgelöst, das er durch das Bestreben, durch Leistung zur Geltung zu gelangen, überkompensiert. Es handelt sich um einen sozial wertvollen Typ.

2. Fall. E. B. 44jähriger kaufmännischer Angestellter. Es handelt sich hier um einen Fall von Früheunuchoidismus, der vorübergehend eine gewisse Geschlechtsreife erlangt hat: erbliche Belastung (Vater Trinker). Gute Schulleistungen, schüchtern, zurückhaltend und empfindsam. Körperlich immer unterlegen; um das auszugleichen, wurde er Musterschüler, gewissenhaft und ordnungsliebend. Die Lehrzeit verlief reibungslos. Mit 18 Jahren wurde er auf seine körperliche Mißbildung vom Arzt aufmerksam gemacht. Je mehr er ins Leben hineinkam, umso fremder waren ihm die erotischen Bestrebungen seiner Kameraden: besonders nach geselligen Vergnügungen überkam ihn das Gefühl der Vereinsamung. Reaktive Depressionen. Ursprünglich gesellig, wurde er immer mehr Alleingänger. Um das auszugleichen, beschäftigte er sich viel mit idealen Dingen und war sozial tätig. Zu seinen Freunden glaubt er sich erotisch hingezogen und macht sich wegen dieser vermeintlichen Homosexualität Selbstvorwürfe. In seiner Arbeit zielbewußt und erfolgreich, aber ständig gedrückt durch sein Minderwertigkeitsgefühl und voll Angst, daß man seinen Defekt entdecken könnte. Er ist seit zwei Jahren verheiratet, die Ehe ist glücklich, vorübergehend sei er einige Male im Stande gewesen, den Beischlaf zu vollziehen. (?) Vorher und nachher keinerlei Libido und Potenz. Seit früher Jugend anfallweise Kopfschmerzen. Körperlich typischer Eunuchoider vom adiposen Typ mit Zeichen vasomotorischer Uebererregbarkeit.

Zusammenfassung: Neuropathischer Psychopath mit empfindsamen skrupulösen Zügen. Wechselnde Stimmung, Neigung zu depressiven Zuständen. Auf der Basis der körperlichen Mißbildung starkse Minderwertigkeitsgefühl, das er in sozial wertvoller Weise auszugleichen bestrebt ist.

3. Fall. K. B. 26jähriger Arbeiter. Aeltestes von 10 Kindern, 8-Monatskind. Ein Vatersbruder Alkoholiker, starb mit 42 Jahren an einem Krampfanfall. Derselbe soll nur spärlichen Bartwuchs besessen haben und charakterlich weibisch und furchtsam gewesen sein. Der Penis des Patienten war bei der Geburt etwa 1 cm lang, von der Dicke eines Wollfadens und von bläulicher Farbe. Außer den üblichen Kinderkrankheiten, Operation an adenoiden Wucherungen und Rachitis (X-Beine und Buckel). Mit 4 Jahren lernte er mühsam laufen, zu sprechen begann er mit 1 Jahr. Sowohl in der Kinderzeit als auf der Schule war seine geistige Entwicklung normal. Er erreichte die zweite Klasse und blieb einmal sitzen. Mit 14 Jahren Stellungen in verschiedenen Häusern als Hausdiener. Seit frühester Jugend bis heute Bettnässen. 1917 zur Infanterie eingezogen, 1918 entlassen, nachdem er an Lungen- und Nierenentzündung erkrankt war. Bis 1923 als Arbeiter im Gaswerk. Im Februar 1924 wurde er wegen seines Magens ins Augusta-Hospital eingeliefert, dort Emplantation eines Hodens in die Bauchhaut. Seitdem fühlte er sich nicht mehr recht wohl, klagte über Beklemmungen und Angstgefühl in der Brust. Nachts traten in Anfällen von 10 Minuten Dauer schmerzhafte Krämpfe in beiden Beinen ohne Bewußtseinsverlust auf. Im Gegensatz zu früher wurde der Patient unzufrieden und leicht erregbar. Zwei Jahre vor der Operation öfters Erektionen ohne Samenverlust, die kurz nach der Operation erloschen.

Körperlicher Befund: 1,73 großer, kräftiger Patient von starkem Knochenbau und gutentwickelter Muskulatur. Reichliches Fettpolster in Brust- und Bauchgegend sowie an den Hüften und Oberschenkeln. Keine Barthaare, spärliche Behaarung in den Achselhöhlen, feminine Begrenzung der Pubes. Hohe Stimme, auffallende Hypertonie der Muskulatur. Im Verhältnis zum Oberkörper sehr lange Arme. Das Ueberwiegen der Oberlänge über die Unterlänge ist bei diesem Patienten nicht ausgeprägt, da die Beine durch die Rachitis kurz geblieben sind. Sonst kein anormaler körperlicher Befund. Der Patient ist leicht ermüdbar, leidet an nervösen Magenbeschwerden und an vasomotorischen Störungen.

Psychischer Befund: Als Kind ruhiger, verschlossener Charakter, von sanftem, empfindsamem Wesen. Alleingänger. Auch jetzt lebt er für sich allein und zurückgezogen. Er betont, daß er seine Arbeit stets ordentlich leiste, außerhalb derselben aber den Menschen gern aus dem Wege gehe, da er sich unsicher fühle und leicht erregbar sei. Zum Ersatz ginge er gerne ins Theater und lese viel. Dementsprechend ist der intellektuelle Befund durchaus seiner sozialen Stellung entsprechend. Entschlüsse fallen ihm schwer, auch ist er unbeständig und hält sich selber für willensschwach. Die Stimmung ist wechselnd, zeitweise sehr niedergeschlagen. 1923 platonische Beziehungen zu einem Mädchen, doch konnte er sich nicht entschließen, seine Neigung zu erklären. Es war das dieselbe Zeit, zu der, wie oben erwähnt, die Erektionen auftraten. Jetzt hat er kein Interesse mehr für Frauen.

Zusammenfassung: Patient ist ein sensibler, willensschwacher Psychopath mit neuropathischer Konstitution. Intellektuell entspricht er seiner sozialen Stellung. Mit seiner Mißbildung hat er sich abgefunden. Trotz körperlicher Behinderung füllt er sozial seinen Platz aus.

4. Fall. H. W. 46jähriger Sattler. Vater an einer Herzkrankheit, Mutter an einer unbekannten Nervenkrankheit gestorben. Frühere Krankheiten: Typhus.

Aus der Anamnese des Patienten ist lediglich in der Krankengeschichte angeführt, daß Patient sich 1913 verheiratete, aus welcher Ehe nach einem Jahr ein Kind entsprang, das mit 3 Jahren an einem Unfall starb. Später erlosch sowohl Libido als potentia coeundi. 1,70 großer Mann in schlechtem Eränhrungszustand. Blasse Haut und Schleimhäute. Trotz des schlechten Ernährungszustandes sind die typischen Fettpolster vorhanden. Ueberwiegen der Unterlänge über die Oberlänge, breites Becken. Keine Behaarung unter den Achseln und am Genitale. Sonst normaler körperlicher Befund, keine Sehstörungen, keine Glykosurie. Psychischer Status: Patient ist gesellig, da er, wenn er allein ist, häufig an depressiven Stimmungen leidet. Er ist sehr weich, weint leicht und nimmt alles von der Gefühlsseite. Intellektuell durchaus entsprechend. Trotz leichter Ermüdbarkeit hat er seinen Beruf stets ausgefüllt. Patient klagt häufig über nervöse Beschwerden, besonders über Schwindelanfälle.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen typischen Eunuchoiden mit vorübergehender Spätreife. Psychisch ist er ein sensibler Psychopath mit häufigen Depressionen. Intellektuell und sozial durchaus entsprechend.

5. Fall. K. R. 28jähriger Kaufmann. Außer einem schwachsinnigen Vetter in der Familie nichts Belastendes. Patient ist rechtzeitig geboren, lernte rechtzeitig laufen und sprechen. Mit 9 Monaten Lungenentzündung, keine Kinderkrankheiten. Als Schulkind sehr klein und schwächlich. Auf Mittelschule bis zum Einjährigen. In der Schule ist er stets gut mitgekommen. Vom 13. Lebensjahre an fiel auf, daß die Geschlechtsorgane in der Entwicklung zurückblieben und die Behaarung gänzlich fehlte. Nach Abschluß seiner Lehre übte er bis heute seinen kaufmännischen Beruf aus und ist stets ein guter Durchschnittsarbeiter gewesen. Als Junge fiel ihm sein Körperfehler wohl auf, ohne daß er sich darüber Gedanken machte. Erst mit 18 Jahren wurde er durch einen Arzt auf seine Störung richtig aufmerksam gemacht und über ihre Folgen aufgeklärt. Patient hat sich jedoch damit abgefunden und sich trotzdem im Leben zurechtgefunden. Von 1917 bis 1919 beim Militär. Frühjahr 1918 vorübergehende Blasenstörungen. 1920 dumpfes Gefühl in der Fußsohle, 1922 starke Schwindelanfälle. Jetzt ist Schwäche und Unsicherheit beim Gehen hinzugekommen.

Körperlicher Befund: 1,58 großer Mann von bedeutend jüngerem Aussehen als 28 Jahre. Kontrast zwischen dem Aussehen und dem älter wirkenden Wesen. Guter Ernährungszustand, graziler Knochenbau, gering

entwickelter Kehlkopf, schwache Muskulatur, alabasterweiße Haut. Hypotonie der Gelenke und Muskulatur. Typisch verteiltes Fettpolster in Hüft- und Bauchgegend. Das Fett ist nicht druckempfindlich. Hohe Stimme. Hypoplastisches Genitale, ganz kleiner erbsengroßer Hoden. Genuvalgum, Plattfüße. Entsprechend der multiplen Sklerose, an der der Patient leidet, undeutliche Sprache, Nystagmus, an den Beinen gesteigerte Sehnenreflexe, positiver Babinsky und Fußklonus. Deutliche Ataxie beim Kniehakenversuch, Intentionstremor. Bauchdeckenreflexe nicht vorhanden.

Psychischer Status. Intellektuell scheint Patient über dem Durchschnitt, seine Interessen sind vielseitig und seine Kenntnisse und ein Verständnis auch für Fragen außerhalb seines Berufes gut. Seinen Beruf füllt er völlig aus. Für sexuelle Probleme gutes Verständnis. Infolge seiner Mißbildung häufig reaktive Depressionen. Sonst ist seine Stimmungslage nicht labil; er ist nicht erregbar und in keiner Wese auffällig. Keine Libido, keine Erektionen.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen Eunuchoiden, dessen psychischer Habitus mit Ausnahme gelegentlicher Depressionen nichts anormales aufweist. Sozial ist er vollwertig.

V.

Betrachten wir die von uns hier angeführten Fälle von Eunuchoidismus in körperlicher Beziehung, so entsprechen sie dem, was wir aus der Literatur zusammengestellt und im allgemeinen Teil ausführlich angeführt haben. Es sei nochmals betont, daß sie sämtlich außer den bekannten Kennzeichen eine Reihe von somatischen Symptomen funktioneller Art, insonderheit solche neurasthenisch-vasomotorischer Natur aufweisen, die wir als neuropathische Stigmata zusammenzufassen gewöhnt sind. Bei Besprechung der Literatur ließen sich diese selben Störungen in allen Fällen auffinden, wo nicht dem Eunuchoidismus parallel laufende gröbere Störungen degenerativer Natur (z. B. Epilepsie) das Bild komplizieren. Bei Besprechung der Fälle Fränkels wurde erwähnt, weshalb dieselben eine Ausnahme machen. Die Tatsache der „pathologischen Reifung" beim Eunuchoidismus war die Erklärung, warum die endocrine Disharmonie des Mannesalters sich im Senium mildert. Bei dem innigen Zusammenhang des endocrinen Systems mit dem der vegetativen Nerven ist es ohne weiteres erklärlich, daß die Unregelmäßigkeiten im vegetativen Nervensystem, die den vasomotorisch-neurasthenischen Komplex bei den Eunuchoiden verursachen, im Mannesalter sich geltend machen und im beginnen-

den Greisenalter verschwinden. Es ist notwendig, ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese funktionellen Erscheinungen neben den bekannten Aeußerungen des Eunuchoidismus zu seinen kennzeichnenden Symptomen gehören.

Das Triebleben unserer Patienten in sexueller Beziehung ist bei einem, während vorübergehender Spätreifung, vorhanden, bei zwei weiteren angedeutet. Auffallenderweise hat diese Tatsache gegenüber den Fällen, wo es völlig fehlt, keine wesentlichen Unterschiede in der charakterlichen Artung bedingt.

Fassen wir den psychischen Habitus unserer Patienten zusammen, so finden wir Menschen von genügender bis guter Intelligenz, von denen keiner das angeblich allen Eunuchoiden gemeinsame Kennzeichen des sozialen Defekts aufweist. In ihrem Gemütsleben sind sie weiche, sensitive Menschen, die zu periodischen Depressionen neigen. Es scheint, daß in allen Fällen diese Depressionen, wenn sie auch sicher teilweise reaktiv bedingt sind, über den Rahmen des exogen bedingten hinausgehen. Wir sehen empfindsame und empfindliche Charaktere mit labilen Stimmungen, teilweise wankelmütig und willensschwach, teilweise zielstrebig und zäh ihre leichte Ermüdbarkeit überwindend. Eine mehr oder weniger große Reizbarkeit ist ihnen allen eigen, und sie alle sind das, was sie selber als „nervös" umschreiben. Ihren sozialen Platz füllen sie alle gut aus. Sie sind also alle Psychopathen nicht sehr verschiedenen Typs, teils mehr der labil-willensschwachen, teils mehr der sensitiven Gruppe angehörig, soweit eine solche Klassifizierung überhaupt statthaft ist.

Auf der Basis dieser gemeinsamen Psychopathie bauen sich eine Reihe weiterer psychischer Besonderheiten auf, die reaktiv bedingt sind, und die sich durch die eigenartige Situation des Keimdrüsenkranken psychologisch genügend erklären lassen. Wenn auch diese Symptome im indirekten Zusammenhang mit dem Dysgenitalismus stehen, so scheiden sie doch für das eigentliche Problem des somato-psychischen Zusammenhanges aus. Hierher dürfen wir einen Teil der depressiven Episoden rechnen. Sie werden häufig durch das gezwungene

Abseitsstehen bei geselligen Zusammenkommen der Menschen und bei gesellschaftlichen Bindungen hervorgerufen, die ja beide zu starken Teilen in sexuellen und erotischen Momenten ihre Triebfeder haben. Fernerhin ist es schon längst bekannt, daß körperliche Defekte und Schwächen im kindlichen Alter geeignet sind, Kinder von ihren Kameraden zu isolieren. So werden sie Alleingänger und suchen ihr eigenes Erleben neben der Gemeinschaft der anderen. Entwickeln schon andersartige körperliche Defekte ein ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl, so muß dies umsomehr bei einem Defekt der Sexualorgane der Fall sein, der den Träger der Möglichkeit beraubt, dasjenige zu erleben, was das Leben der andern jungen Menschen ausfüllt. Ganz abgesehen davon, daß das Gefühl der sexuellen Leistungsfähigkeit als Persönlichkeitsbestätigung erlebt wird, sichert der Defekt nicht einmal das Mitleid, sondern macht nur lächerlich. So kommt zu allen diesen Momenten noch das der Heimlichkeit, des Verbergens und der Furcht vor Entdeckung. Demgemäß weisen unsere sämtlichen Fälle ein ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl auf. Je nachdem sie sich mit demselben auseinandersetzen, wird das Endbild des Charakters entscheidend beeinflußt. Ein Teil neigt dazu, durch gesteigerten Geltungstrieb zu überkompensieren und tut dies in sozial wertvoller Weise, indem er beruflich und im Leben durch Leistung seine Persönlichkeit zu bestätigen sucht. Die andern resignieren, bemitleiden sich selbst in dem besonderen Schicksal, das sie erleiden und suchen so auf negativem Wege eine Kompensation zu erlangen. Wir haben diese psychologischen Momente so ausführlich dargestellt, weil es geboten scheint, alle psychogenen Momente aus dem Gesamtbild zu entfernen, bevor man an die Aufgabe der Ergründung der somatopsychischen Beziehungen herantritt.

Betrachten wir die in der Literatur erwähnten Fälle von Eunuchoidismus, so finden wir neben einer beinahe regellos zu nennenden Anzahl von Typen, die bisher jeder schematischen Einordnung gespottet hat, eine Reihe von Fällen, die dem von uns angezogenen entsprechen. Es sind das stets diejenigen Fälle, wo sich der psychische Habitus nicht weit von der Norm entfernt, d. h. diejenigen Fälle, wo das körperliche und seelische

Bild des Eunuchoidismus nicht durch weitergehende Defekte, entstanden auf der Basis einer stärker degenerativen Konstitution, kompliziert ist. Wir sind bereits oben auf die Begründung dieser notwendigen Einschränkung näher eingegangen. Es wird auch weiterhin unmöglich sein, die Möglichkeiten degenerativer Entartung, die den Eunuchoidismus begleiten können, in Gruppen zusammenzufassen, (da sie ja mit dem Eunuchoidismus keinerlei irgendwie gearteten Zusammenhang haben), und auf deren Basis eine Psychopathologie des Eunuchoidismus zu begründen. Soll dieses Unternehmen überhaupt Erfolg versprechen, so können nur die erwähnten unkomplizierten Fälle die Unterlagen bilden.

Betrachten wir die unter diesen Voraussetzungen aus der Literatur verbleibenden und die von uns selbst angeführten Fälle, so finden wir neben den bekannten körperlichen Erscheinungen des Eunuchoidismus die ausführlich erwähnten neuropathischen Symptome. In seelischer Beziehung verbleibt nach Abzug der psychologisch erklärlichen Momente neben Verschiedenheiten des psychischen Habitus ein Komplex psychopathischer Eigenschaften, den wir nach der klinischen Gruppierung Kräpelins zwanglos in das Bild der endogenen Nervosität einreihen können. In beiden Fällen ist das Parallelgehen neuropathischer und psychopathischer Symptome kennzeichnend. Berücksichtigen wir noch, daß Bumke erst kürzlich die Verwandtschaft der endogenen Depression mit der endogenen Nervosität hervorgehoben hat, so bieten in diesem Zusammenhange die bei unseren Eunuchoiden vorkommenden depressiven Verstimmungen eine weitere Parallele.

Wir können also sagen, daß das Resultat unserer Untersuchungen bezüglich des hier gestellten speziellen Problems zusammenfassend folgendes ist: Ein Zusammenhang zwischen „Körperbau und Charakter" läßt sich bei den Eunuchoiden, (unter Beschränkung im Sinne der am Anfang dieser Arbeit angeführten Betrachtung von Friedrich Krauß) in der Weise feststellen, daß einer bestimmten vegetativ-nervösen Stigmatisierung, die bei ihnen ausnahmslos vorhanden ist, bestimmte Charaktereigenschaften entsprechen, die auf der Basis einer

seelischen Artung erwachsen, die dem klinischen Bild der endogenen Nervosität entspricht.

Diese Feststellung trifft jedoch nicht einen dem Eunuchoidismus an sich eigentümlichen Vorgang und stellt deshalb nur im weiteren Sinne eine Bejahung eines Zusammenhangs dar. Vielmehr sind die Zusammenhänge, die wir mit Hilfe des klinischen Bildes des Eunuchoidismus klargestellt haben, nur ein Teilfall der Wechselbeziehungen überhaupt, die zwischen dem vegetativen Nervensystem einerseits und den konstitutionellen Anteilen des Charakters, die wir Temperament nennen, andererseits bestehen.

Wir sind überzeugt, daß es eine lohnende Aufgabe ist, diesen Zusammenhängen an Hand anderer klinischer Bilder nachzugehen, um die vorliegenden Erfahrungen so zu vergrößern, daß ein endgültiges Urteil in dieser Frage möglich sein wird.

Eine Bedingung des Erfolgs scheint nicht nur durch Häufung kausaler Zusammenhänge allein eine Lösung zu suchen. Dieses Vorgehen hat in der Frage des Eunuchoidismus zwar ein Anschwellen des vorliegenden Materials und eine Reihe wertvoller Erkenntnisse des Krankheitsbildes an sich, nicht aber eine Lösung der Frage der somatopsychischen Zusammenhänge bringen können. Wir glauben, dieser Lösung dadurch näher gekommen zu sein, daß wir durch einen Wechsel des Standpunkts unserer Betrachtungen uns gleichzeitig Beschränkung auferlegt und andersartige Gesichtspunkte eröffnet haben.

Literatur-Verzeichnis.

Anton, Ueber die Formen und Ursachen des Infantilismus. (Münch. med. W. 1906, Nr. 30. Arch. f. Psych. 63, 1906).

Bab, Neues und Kritisches über die Beziehungen der inneren Sekretion zur Sexualität und Psyche. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg. 11, 1920).

Borchard, Ueber Hypogenitalismus und seine Abgrenzung vom Infantilismus. (Berl. klinische W. 55, 1918).

Cornils, Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Eunuchoidismus (Kieler Inaug.-Diss. 1917).

Erlich, Ein Fall von Eunuchoidismus. (Neurolog. Z.-Bl. 1918, S. 692).

H. Fischer, Eunuchoidismus. (Deutsche med. W. 1916).

— Psychopathologie des Eunuchoidismus. (Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 1919, 50).

— Der Eunuchoidismus ein Problem pathologischen Reifeens.

F. Fränkel, Der psychopathologische Formenreichtum der Eunuchoiden. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1923, 80).

Fränkel, (Berl. klinische W. 1914).

Di Gaspero, Der psychische Infantilismus. (Arch. f. Psych. 43, 1907).

Goldstein, Ueber Eunuchoide. (Arch. f. Psych. 53, 1914).

Guggenheimer, Ueber Eunuchoide. (D. Arch. f. klin. Med. 107, 1912).

D. Hartog, Psychose und innere Sekretion. (Phys. Ber. 6, 1921).

Heimsoet, Ein Fall von Eunuchoidismus. (Greifswalder Inaug.-Diss. 1919).

Hirschfeld, Ist die Homosexualität körperlich oder seelisch bedingt? (Münch. med. W. 11, 1918).

— Kryptorchismus und Infantilismus. (Zeitschr. f. Sexualwissensch. 3, 1916).

Hirschfeld u. *Burchard*, Der sexuelle Infantilismus. (Jur.-psych. Grenzfragen 9, 1913).

Hornowski, Veränderungen der Drüsen mit innerer Sekretion bei psychisch Kranken. (D. med. Mon.-Schr. 1916, 44).

Jamin, Innersekretorische Nervenkrankheiten. (Jahresber. der Neur. und Psych. 21, 1918).

Kretschmer, Körperbau und Charakter.

— Keimdrüsenfunktion und Seelenstörung. (D. med. W. 47, 1921).

Krisch, Eunuchoidismus. (D. med. W. 1918, S. 615).

— Psychische Erscheinungen des Eunuchoidismus. (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 45, 1919).

Münzer, Ueber die Einwirkungen der Blutdrüsen auf den Ablauf psychischer Funktionen. (Berl. klin. W. 1912, 13 u. 14).
— Zur Psychologie der Pubertät. (Berl. klin. W. 1920, S. 340).
v. Neugebauer, 17 Fälle von Koincidenz von Geistesanomalien mit Pseudohermaphrodidismus. (Jahrb. f. sex. Zwischenst. 2, 1900).
v. Rad, Ueber psychischen Infantilismus. (Münch. med. W. 1914, S. 272).
Rausch, Ein Fall von Eunuchoidismus. (Münch. med. W. 1909, S. 106).
Sänger, Ueber Eunuchoidismus. (D. Zeitschr. f. Nervenh. 1914, S. 178).
— Demonstration dreier Fälle von Eunuchoidismus. (Neurol. Z.-Bl. 1914, S. 206).
Salzberger, Kasuistische Mitteilungen über einen Eunuchoiden. (Neurol. Z.-Bl. 1911).
v. d. Scheer, Die pathogenetische Stellung der Blutdrüsen in der Psychiatrie. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 10, 1914).
Schickele, Innere Sekretion und Nervensystem. (Berlin 1913).
Schuppius, Ueber psychotische Erscheinungen bei Tumoren der Hypophyse. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 8, 1912).
Schwarz, Das psychophysische Problem in der Sexualpathologie. (Sexualref. u. Sexualwiss. 1922, S. 136).
Sterling, Klinische Studien über den Eunuchoidismus und verwandte Krankheitszustände. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 16, 1913).
Tachan, Vorstellung eines Falls von Eunuchoidismus. (Münch. med. W. 1917, S. 19).
Tandler u. *Groß*, Die Eunuchoiden. (Arch. f. Entw. 30, 1910).
— Eunuchoidismus. (Wiener med. W. 1913, S. 1409).
Woodbury, The Psychoneurotic syndrome of Hyperthyreoidism. (Endocrinolog. 4, 1920).

Nachtrag.

v. Frankel-Hochwart, Ueber den Einfluß der inneren Sekretion auf die Psyche. (Med. Klinik 1912, S. 1953).
Peritz, Ueber Eunuchoide. (Neurol. Z.-Bl. 1920).

Lebenslauf.

Ich bin am 20. 3. 1896 zu Ingolstadt in Bayern als Sohn des Regimentsauditeur Dr. August Zahler geboren. Ich besuchte zunächst die Volksschule in Augsburg, späterhin die humanistischen Gymnasien zu Augsburg und Nürnberg. Nach dem Abiturium trat ich 1914 in das Heer ein und gehörte demselben bis zum Jahre 1919 an. Nach Beendigung des Krieges bezog ich die Universität Erlangen als Student der Medizin und Philosophie. Nach Fortführung und Beendigung meiner Studien in Innsbruck und München erhielt ich im Jahre 1923, nach Ableistung des praktischen Jahres an der Charité zu Berlin, die Approbation als Arzt. Nach 1½-jähriger allgemeinärztlicher Ausbildung arbeitete ich an der Universitätsklinik zu Berlin und an verschiedenen Anstalten für Nervenkranke, um meine Ausbildung als Facharzt für Nervenkrankheiten abzuschließen.